

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1959

THÈSE

N°

521

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger, Louis, Maurice GERVAT

Né le 30 Mars 1932, à PARIS

présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'HORMONOTHERAPIE
CORTICO-SURRENALIENNE
DANS LA PRIMO-INFECTION
GANGLIO-PULMONAIRE TUBERCULEUSE
DE L'ENFANT

Président : Monsieur KOURILSKY (Professeur)

D. P. TAIB

8 Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI^e

1959

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1959

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Roger, Louis, Maurice GERVAT

né le 30 mars 1932 à P A R I S

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE L'HORMONOTHERAPIE CORTICO-SURRENALIENNE
DANS LA PRIMO-INFECTION GANGLIC-PULMONAIRE
TUBERCULEUSE DE L'ENFANT

--

Président : Monsieur KOURILSKY (Professeur)

--

D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1959.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A), BENARD (H), BROCC (P), BULLIARD (H),
 CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), CHEVALLIER (P),
 DEBRE (R), DONZELOT (E), GASTINEL (P), GUILLAIN (G),
 HALPHEN (E), HARVIER (P), HAZARD (R), HEUYER (G),
 LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAUBRY (C), LEVY-SOLAL (E),
 LHERMITTE (J), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G),
 MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R),
 MOREAU (R), MULON (P), OLIVIER (E), RICHET (C),
 STROHL (A), TANON (L), VELTER (E).

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS.

MM.

Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie (Ch. à titre personnel).....	DEIMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie.....	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale.....	BERNARD (J)
Clinique carcinologique	REDON (H)
Clinique cardiologique	MOUQUIN (M)
(Beaujon.....)	SICARD (A)
(Cochin.....)	QUENU (J)
Cliniques chirur- (Hôtel-Dieu.....)	MENEGAUX (G)
(gicales (Saint-Antoine.....)	GOSSET (J)
(Salpêtrière.....)	MOULONGUET (P)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopé- dique et réparatrice	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire	GAUDART-d'ALLAINES (E.B)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale	LAMY (M)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P)

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboli- ques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
	(Broussais GENNES (L. de)
	(Cochin JUSTIN-BESANÇON (L)
Cliniques médicales	(Hôtel-Dieu BARIETY (M)
	(Lariboisière SOULIE (P)
	(Pitié DREYFUS (G)
	(St-antoine KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique médico-sociale du dia- bète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
	(Baudelocque LACOMME (M)
Cliniques	(Port-Royal N...
obstétricales	(Tarnier VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique therap. chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique therap. médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique	FEY (B)
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène des collectivités ch. à t. pers.	DEPARIS

MM.

Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale ch. à t.pers.	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	N...
Pathologie et therap.générales	GARCIN (R)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L)
Physiologie (chaire à t. pers.)	BARGETON (D)
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	PATEL (J)
Thérapeutique	BROUET (G)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

	(CABROL (C)
Anatomie	(COUINAUD (C)
	(OLIVIER (G)
	(GAUTHIER-VILLARS
	((Melle P) pr.s.ch.
	(BUSSER (F)
Anatomie pathologique	(GOUYGOU (Ch)
	(ORCEL (L)
	(PAILLAS (J)
Anesthésiologie	VOURC'H (G)
	(NEVOT (A)pr.s.ch.
	(BARBIER (P)
Bactériologie	(CHRISTOL (D)
	(TOURNIER (P)
	(DESGREZ (P)pr.s.ch.
Biochimie médicale	(POLONOVSKI (J)m.conf.
	(SCHAPIRA(G) m.conf.
Biologie médicale	BOURLIERE (F)m.conf.
	(DENOIX (P)
Carcinologie	(MATHE (G)

MM.

Dermato-Symphyligraphie	DUPERRAT (B)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G)
	(DAUSSET (J)
	(COUJARD (R) pr.s.ch.
Histologie	(MAROIS (M)
	(RACADOT (J)
Hydrologie	CORNET (A)
Hygiène	(BOYER (J) pr.s.ch.
	(CORRE-HURST (Mme L)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R)
	(DUPONT (V)
	(DEROBERTE(L)pr.s.ch.
Médecine légale	(HADENGUE (A)
	(FOURNIER (E)
	(GUENIOT (M)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	LHERMITTE (F)
	(GRANJON (A)
	(HERVET (E)
	(LE LORIER (G)
Obstétrique	(MORIN (P)
	(MUSSET (R)
	(ROBEY (M)
	(THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P)
	(SARAUX (H)
	(JUDET (R)
Orthopédie	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J)
Parasitologie	(BRUMPT (L.C)pr.s.ch.
	(CHABAUD (A)
	(BARCAT (J)
	(BINET (J.P)
	(CAUCHOIX (J)
	(CHATELIN (C.L)
	(DUBOST (Ch)
Pathologie chirurgicale	(DUBOST (Cl)
	(FAUREL (J)
	(FLABEAU (F)
	(GERMAIN (A)
	(LAURENCE (G)agr.per.
	(LORTAT-JACOB(J.L)
	(LOYGUE (J)
	(MERCADIER

MM.

	(PERROTIN (J)
Pathologie chirurgicale.....	(ROBERT (H)
	(THOMERET (G)
Pathologie exotique.....	SCHNEIDER (J)
	(CROSNIER (J)
	(HARTMANN (L)
Pathologie expérimentale.....	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)
	(PLAS (F)
	(RICHET (G)
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUR (H)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y)
	(BRICAIRE (H)
	(BRISSAUD (H)
	(BROCARD (H)
	(BUGE (A)
Pathologie médicale.....	(CASTAIGNE (P)m.conf.
	(CATINAT (J)
	(CONTAMIN (F)
	(COURV (C)
	(FREZAL (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHE (Cl)
	(LESOBRE (R)
	(MACREZ (C)
	(NICK (J)
	(PEQUIGNOT(H)m.conf.
	(ROYER (P)
	(WOLFROMM (R)
	(JOSEPH (R)
	(MANDE (R)
Pédiatrie-Puériculture.....	(MOZZICONACCI (P)
	(POLONOVSKI (C)
	(ROSSIER (A)
	(LEVY (Melle J)pr.s.ch.
Pharmacologie.....	(BOISSIER (J)
	(LECHAT (P)
	(PARROT (J)pr.s.ch.
Physiologie.....	(DEJOURS (P)
	(GOUGEROT (L)m.conf.
Physique médicale.....	(KELLERSHON
Pneumo-phtisiologie.....	KREIS (B)
Psychiatrie.....	PICHOT (P)
Psychiatrie infantile.....	DUCHE (D)

Rhumatologie	DELBARRE (F)
	(CERNEA (P)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A)m.c.agr.
	(GRELLET (M)
Thérapeutique	(CHASSAGNE (P)
	(LAMOTTE (M)
Urologie	QUENU (L)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.

MM.

	(ABOULKER (P)	Clinique neuro-	
	(AMELINE (A)	rhumatol.	SEZE (S.de)
	(HUGUIER (J)		(GRASSET (J)
Clinique	(LEGER (L)		(LEPAGE (F)
chirurg.	(OLIVIER (C)	Clinique obsté-	(MAYER (M)
	(PADOVANI (P)	tricale	(MERGER (R)
	(POILLEUX (F)		(RAVINA (J)
	(ROUX (M)	Clinique oph-	(DESVIGNES (P)
	(VERNE (J.M)	talmologique	(OFFRET (G)
	(HAGUENEAU (J)	Clinique oto-	
	(pr.s.ch.	rhino-laryng.	MADURO (R)
	(BOUDIN (G)	Clinique pédia-	
Clinique	(CONTE (M)	trique et pué-	
médic.	(DOMART (A)	riculture	LAPLANE (R)
	(MILLIEZ (P)	Clinique psy-	
	(PERRAULT (M)	chiatrique	BARUK (H)
	(RAMBERT (P)	Clinique uro-	
	(THIEFFRY (S)	logique	KUSS (R)
	(TURIAF (J)		

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P)	Pr.s.ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J)	Pr.à t.pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J)	Pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J)
 Secrétaïres Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL(G)
 Melle HURE (A)

Conservateur, chargé de la direction
 de la Bibliothèque M. le Dr.HAHN (A)
 Conservateurs Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A-M)
 Bibliothécaires Mme CONTET (J),Melles LAURENT (H),
 LE NOIR (G), QUIEVREUX (E).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole
 a arrêté que les opinions émises dans les disserta-
 tions qui lui seront présentées,doivent être considé-
 rées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend
 leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

A ma Famille,

A tous mes Amis.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur R. KOURILSKY

Professeur de Clinique médicale à la
Faculté de Médecine de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur LIBERT

Médecin Chef des Sanatoria d'enfants
de Villiers-sur-Marne et d'Ormesson.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'HORMONOTHERAPIE
CORTICO-SURRENALIENNE DANS LA PRIMO-INFECTION
GANGLIO-PULMONAIRE TUBERCULEUSE DE L'ENFANT

- :-

Les manifestations cliniques et paracliniques de la primo-infection ganglio-pulmonaire de l'enfant sont de gravité variée.

Si, dans la majorité des cas, la primo-infection revêt la forme du simple virage des réactions cutanées à la tuberculine, de nombreuses fois, une forme "sérieuse" se déclare, menaçant, parfois le pronostic immédiat, toujours le pronostic lointain.

Ces formes justifient les recherches de thérapeutiques actives.

LES MANIFESTATIONS CLINIQUES

- des altérations de l'état général peuvent constituer toute la symptomatologie clinique :

- les classiques signes de l'imprégnation tuberculeuse : asthénie, anorexie, amaigrissement, fébricule vespérale.

Beaucoup moins souvent, des signes fonctionnels thoraciques attirent l'attention : toux, dyspnée, expectoration, douleur thoracique.

Parfois, chez le nourrisson notamment, la symptomatologie peut être trompeuse, digestive par exemple. Rapprochons ces formes graves de la typho-bacillose.

Enfin, dans la majorité des cas, la symptomatologie est a minima, presque nulle et ce sont les signes paracliniques d'un examen systématique qui font découvrir l'affection.

LES MANIFESTATIONS PARACLINIQUES

Le virage de la cuti-réaction en constitue le premier point.

La radiographie apporte les renseignements fondamentaux : précisés par les tomographies :

- les adénopathies médiastinales et pulmonaires satellites du chancre d'inoculation (complexe primaire).

- les opacités, terme que l'on préfère à épituberculose.

Il est bien difficile de conclure d'une image radiologique à une lésion anatomique. Pour ces opacités plus ou moins segmentaires, la plupart des auteurs admettent qu'il s'agit de troubles de ventilation par sténose bronchique.

Il en est certainement ainsi dans un bon nombre de cas (dans les bronchographies lipiodolées de ces cas, Gerbeaux et collaborateurs ont enregistré souvent un arrêt du lipiodol.

- Ce n'est cependant pas constant. L'opacité ne traduit donc pas toujours un trouble de ventilation pulmonaire par sténose bronchique et on peut se demander si elle n'est quelquefois d'origine inflammatoire, sépici-fique ou non.

- Les nodules primitifs ou les cavernes d'emblée (énorme chancre d'inoculation ?) demeurent rares.

- La Bronchoscopie montre :

- des aspects inflammatoires avec muqueuses plus ou moins infiltrées, oedématisées ou érythémateuses ;

- des aspects de sténose, extrinsèque le plus souvent ;

- des fistules ganglio-bronchiques.

- La Bronchographie lipiodolée montrant des aspects :

- de bronchite,

- de bronchiectasie plus ou moins importante,

- de rétrécissement par granulome.

Pour Gerbeaux et collaborateurs, les dilata-tions bronchiques précoces pourraient être le témoin d'un processus tuberculeux relativement important ayant abouti tôt à des mutilations bronchiques et entraînant une évolution locale assez prolongée.

TRAITEMENT

Jusqu'à l'apparition d'une première thérapeutique spécifique, antibiotique (la streptomycine) il faut bien dire que la médecine était bien peu armée pour combattre victorieusement les manifestations de la primo-infection. L'essentiel du traitement consistait en cure de repos avec une hygiène alimentaire maximum, sous un climat approprié.

La "guérison" était souvent obtenue, mais la menace d'une évolution ultérieure était suspendue sur toutes les têtes.

Avec les antibiotiques antituberculeux, une arme puissante fut découverte.

Après de nombreuses confrontations, le schéma thérapeutique actuel a été adopté par la plupart des auteurs :

Traitement	(précoce,
	(intense,
	(suffisamment prolongé,
	(associant plusieurs antibio-
	(tiques pour diminuer les
	(résistances.

D'excellents résultats sont ainsi obtenus mais les échecs ne sont pas rares dans certaines formes.

Dès les premiers essais thérapeutiques de l'ACTH et de la cortisone, ces hormones eurent la réputation d'aggraver une tuberculose préexistante, même de favoriser l'éclosion de lésions bacillaires chez des sujets en apparence indemnes. Leur association à un traitement antituberculeux efficace modifie complètement cette situation.

Après les phtisiologues d'adultes, plusieurs auteurs ont rapporté leurs résultats dans la tuberculose de première invasion de l'enfant.

Breton, Gaudier, Brissaud, Jeune et leurs collaborateurs, Raggazini s'accordent pour penser que la corticothérapie est justifiée par son innocuité, surtout étant donné l'impuissance quasi-complète des médicaments antituberculeux à éviter les condensations pulmonaires rétractiles et les séquelles bronchiques dont on sait l'importance et la fréquence au cours de la tuberculose de première invasion.

Gerbeaux et collaborateurs dans une analyse récente disent que le traitement de la tuberculose ganglio-pulmonaire d'enfants par INH + PAS associés à la cortisone ou à ses dérivés agit peu sur les adénopathies et font disparaître assez rapidement les opacités segmentaires dans un bon nombre de cas. Mais ils doivent être employés à doses suffisantes pour être rapidement actifs (au moins 1 à 2 mg par kg de poids). Ils doivent être donnés d'une façon continue et prolongée pour éviter les phénomènes de rebond, thermiques ou radiologiques, l'apparition d'un rebond conduisant à la reprise du traitement autant de fois qu'il est nécessaire, si aucun incident lié au

traitement hormonal ne survient.

Parmi ces incidents, il est signalé, malgré une surveillance quotidienne des courbes de température et de poids, la prise régulière de la tension artérielle et un régime déchloruré strict :

- les troubles digestifs des nourrissons,
- les faciès cushingoïdes, les infections cutanées minimes, d'exceptionnelles vergetures ou hypertension artérielle modérée,
- une méningite staphylococcique (sur 72 cas) apparue sous cortisone, mais guérie par les antibiotiques.

Pour M. Marquézy et collaborateurs :

La primo-infection a une tendance spontanée à la guérison.

Le traitement hormonal est donc souvent inutile.

Mais il est reconnu l'échec rencontré devant l'élément ganglionnaire et les désordres anatomiques qui en sont la cause, par le seul traitement antibiotique, ainsi que les opacités segmentaires qui peuvent même apparaître sous traitement antibiotique.

Il est donc permis de tenter avec un peu d'espoir seulement pour les opacités segmentaires un traitement anti-inflammatoire, par la cortisone et ses dérivés.

L'analyse des observations de 102 cas de primo-infection ganglio-pulmonaire de l'enfant traités entre 1956 et 1958 au Sanatorium d'Enfants de Villiers-sur-Marne nous a permis de classer les différents cas en groupes dont nous donnerons pour chacun quelques exemples.

- La technique a consisté en administration quotidienne de métacortandracine (Cortancyl) per os à la dose initiale, suivant l'âge, de 1 à 0,5 mg.

- Nous avons estimé que la couverture antibiotique triple : streptomycine - INH et P.A.S. était suffisante.

- Le régime hyposodé a été maintenu, avec, à la demande, association de chlorure de potassium.

Aucun accident n'est survenu.

On a déploré seulement quelques incidents vite rentrés dans l'ordre : infections cutanées, prise de poids, élévation légère de la tension artérielle.

Nous avons isolé les groupes d'observations suivants :

GROUPE I

1° - Mol... Claude, 12 ans.

Présente pendant l'été 1956 une atteinte importante de l'état général avec fébricule vespérale à 38°, perte de l'appétit et chute de la courbe pondérale.

- Les signes fonctionnels pulmonaires sont également présents : toux, dyspnée.

- La cuti-réaction est fortement positive, la dernière cuti négative datant d'un an.

- Un cliché radiographique pulmonaire montre :

une importante adénopathie pulmonaire gauche avec un flou des bords.

- L'examen bronchoscopique montre un aspect très légèrement inflammatoire, pas de fistule ni de granulome. La bacilloscopie est positive.

Un traitement est aussitôt institué :

Rimifon : 10 à 20 mg par Kg suivant l'âge,

Streptomycine : 0,5 à 1 g par jour suivant l'âge,

P.A.S. : 0,30 g par Kg.

Dix mois plus tard, les signes fonctionnels et généraux ont disparu mais l'image radiologique n'a pratiquement pas diminué.

Un traitement au Cortancyl est ordonné, conjointement aux antibiotiques :

Une régression radiologique nette apparaît dès les premiers clichés pris au bout de 15 jours.

Cette régression s'accroît, aboutissant à la disparition de l'adénopathie en 3 mois de Cortancyl, donné à la dose de :

15 mg pendant un mois	) avec les
10 mg pendant un mois	) précautions
5 mg pendant un mois	) habituelles.

Il persiste radiologiquement seulement quelques tractus péri-hilaires.

Les antibiotiques sont poursuivis 4 mois après l'arrêt du Cortancyl.

Pas le moindre incident n'est signalé.

2° - Mag.... Elie, 11 ans.

Le cortège signes fonctionnels, signes généraux, cuti positive récemment, fait découvrir :

- à la Radio :

une condensation hilaire et sous-	)
hilaire,	) gauches
une adénopathie	)

- à la Bronchoscopie :

Un aspect de bronches inflammatoires.

- Le cortancyl n'est prescrit qu'après 6 mois d'une association antibiotique qui n'avait que très peu modifié les signes.

En 3 mois et demi, mais l'amélioration s'était manifestée au bout d'un mois déjà, presque tout est nettoyé, persistance de quelques tractus perihilaires.

3° - Bil... Daniel, 6 ans.

Une opacité supérieure droite, avec bronches inflammatoires est peu modifiée par 6 mois d'antibiotiques,

4 mois de Cortancyl en viennent à bout, avec amélioration dès le 1er mois.

°°°

Nous possédons 11 observations de ce genre.

Dans ces 11 cas, des lésions, notamment des adénopathies, traitées avec bien peu de succès par l'association antibiotique depuis au moins 6 mois, se sont trouvées guéries par l'adjonction de Cortancyl.

-:-

GROUPE 2

Rob. Guy, 12 ans.

Des signes fonctionnels et généraux importants amènent par l'investigation complémentaire à découvrir :

- bacilloscopie positive -
cuti très positive.

Radiographie :

Empâtement hilair droit important.

Bronchoscopie :

sténose bronchique droite,
et fistule ganglio-bronchique importante.

L'antibiothérapie et le Cortancyl aux doses habituelles influent rapidement sur ces signes.

La fistule disparaît en 3 mois.

Un arrêt un peu rapide et brusque du Cortancyl entraîne un léger rebond qui est dominé par une reprise du traitement aux mêmes doses de Cortancyl pendant 3 mois, avec posologie lentement dégressive.

La "guérison" clinique est enfin obtenue

après 6 mois de Cortancyl.

Les antibiotiques sont poursuivis 6 mois.

°°°

4 observations de ce type.

Dans 4 cas, le phénomène de rebond, clinique et radiologique par, nous semble-t-il, l'arrêt trop brutal de la corticothérapie.

-:-

GROUPE 3

Vau... Michel, 10 ans.

La primo-infection prend la forme d'une typhobacillose avec cuti très positive.

La radio montre :

une opacité droite latéro-cardiaque non segmentaire.

La bacilloscopie est négative.

Un traitement d'antibiotiques :

P.A.S.
Rimifon
Streptomycine

poursuivi 10 mois fait rapidement céder les signes cliniques, mais l'image radiologique persiste.

Le Cortancyl prescrit alors à la dose de 15 mg par jour, n'apporte en deux mois de doses dégressives, aucune modification des images.

On abandonne le Cortancyl.

On poursuit 2 mois les antibiotiques.

L'image persiste à titre de séquelles (?)

- 9 observations de ce genre.

Dans 9 cas, le Cortancyl est sans effet.

La prescription a été tardive (de 6 mois à 1 an d'évolution).

On n'a pas eu plus de succès au bout d'un mois qu'au bout de deux.

L'action, quand elle a lieu, est précoce.

GROUPE 4

1° - Lab... Martine, 8 ans.

Sans manifestations cliniques, à la suite d'un virage de cuti, on découvre à l'examen radiologique :

une adénopathie droite de moyenne importance,

une opacité sus-hilaire gauche.

Immédiatement est mis en oeuvre le traitement mixte antibiotique :

P.A.S.
Streptomycine
Rimifon.

et hormonal :

Cortancyl, 1 mois 15 mg/jour
 1 mois 10 mg/jour
 15 jours 5 mg/jour

Les images ont fondu rapidement, en deux mois, il ne reste que quelques tractus.

Les antibiotiques sont poursuivis 6 mois.

2° - Mer... Alain, 6 ans.

Des signes fonctionnels et généraux amènent à découvrir :

A la radio :

une opacité non segmentaire)
un nodule un peu au-dessus) à gauche

A la bronchoscopie :

une sténose
et une fistule bronchique.

Antibiotiques et cortancyl institués aussitôt améliorent considérablement ces signes, en deux mois :

Cortancyl : 1 mois 15 mg/jour
1 mois 10 mg/jour

Mais on poursuit encore un mois le cortancyl à la dose de 5 mg par jour et on évite le phénomène de rebond.

10 mois d'antibiothérapie achèvent ensuite la guérison.

°°°

Dans 70 cas, avec signes cliniques et radiologiques plus ou moins importants, la prescription :

précoce,
à dose suffisante et dégressive,
prolongée

du Cortancyl, a tout fait rapidement rentrer dans l'ordre, et en évitant l'apparition des phénomènes de rebond.

°°°

GROUPE 5

Dans 8 observations où malgré une prescription précoce, intense et prolongée, le résultat a été médiocre sinon nul.

Il s'agissait d'adénopathies de moyenne importance, non associées à des opacités.

- :-

Ainsi, nous avons classé nos cas en 4 groupes :

1°/ Un traitement institué précocement, d'une intensité, d'une durée suffisantes, avec une diminution progressive des doses, étalée sur plusieurs semaines,

Schématiquement :

un mois 15 à 20 mg par jour

un mois 10 à 15 mg par jour

un mois 5 à 10 mg par jour.

est presque une garantie d'efficacité.

Nous ne possédons que 8 cas sur 78 où une telle thérapeutique est restée sans succès (5ème groupe).

2°/ Le petit groupe de 4 cas où nous avons assisté à des phénomènes de rebond étant à notre avis un petit nombre de cas où la thérapeutique a été trop brève et brusquement interrompue.

3°/ Le groupe de 9 cas où une mise en oeuvre tardive de l'hormonothérapie n'a pas donné de succès, confirmant ainsi les résultats de la plupart des auteurs.

4°/ Un groupe de 11 cas où malgré une mise en oeuvre tardive de l'hormonothérapie, de très beaux résultats ont été obtenus rapidement.

On remarque dans ces cas que le succès se dessine rapidement, dès la fin du premier mois, lorsque le résultat final a été bon, une amélioration nette apparaissait.

Alors que les cas mauvais du groupe précédent n'indiquaient au bout d'un mois aucune modification.

CONCLUSIONS

-:-

L'analyse de 102 observations d'enfants âgés de 3 à 15 ans atteints de primo-infection tuberculeuse ganglio-pulmonaire et traités par l'adjonction systématique de l'hormonothérapie cortico-surrénale au traitement antibiotique classique (P.A.S., Streptomycine, I.N.H.) nous a permis de confirmer que :

Précocité, intensité, durée, doses dégressives sont les conditions d'une action favorable certaine sur les signes cliniques, quand ils existent, les opacités et les lésions bronchiques

et de dégager que :

Certaines lésions, réputées insensibles au traitement delta-cortisonique comme des adénopathies pulmonaires même anciennes (1 an) ont pu rapidement fondre et disparaître , justifiant à nos yeux la prescription quasi-systématique de l'hormonothérapie associée.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : R. KOURILSKY

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

J. GERBEAUX, NP. MASSE et A. BACULARD
Semaine des Hôpitaux 73 4347
26 décembre 1957

MARQUEZY et BACH
Semaine des Hôpitaux 33 56 10
2 octobre 1957

BROUET
Revue du Praticien VII 33 3665 21
décembre 1957

JEUNE
Pédiatrie XIII 4 369 à 398
XI 5 531...

BRETON
Revue du Praticien VI 27 3039
21 octobre 1956

BRUN et VIALIER
Revue Lyonnaise VII 12 753
30 juin 1958

GERNEZ-RIEUX, WAREMBOURG, PAUCHANT
Janvier 1959
Corticothérapie surrénale dans la
tuberculose.

WAREMBOURG

Semaine des Hôpitaux 54 3I877
26 septembre 1957

DEBRE

Pédiatrie - Semaine des Hôpitaux
avril 1958

S E R M E N T

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !

--

